



María Dolores Ortega Recio¹
Guillermo Gonzalo Ojeda
Burgos^{2,3}
Rosario Palacios Muñoz^{2,3}
Cristina Gómez Ayerbe^{2,3}

Fiebre paratifoidea dos meses después de un viaje a la India

¹UGC Medicina Interna y Especialidades Médicas. Hospital Comarcal de la Axarquía (Málaga).

²UGC Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

³Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)

Article history

Received: 22 November 2020; Revision Requested: 4 December 2020; Revision Received: 11 December 2020; Accepted: 4 January 2021; Published: 4 March 2021

Estimado Editor: la fiebre entérica es una patología sistémica que produce característicamente afectación abdominal y está causada por *Salmonella enterica* subsp. *enterica* serovar Typhi, más frecuentemente, o Paratyphi A, B y C. Esta entidad, común hace años en España, es actualmente poco habitual y la mayoría de los casos son importados [1,2].

Comunicamos un nuevo caso de fiebre entérica tras un viaje al trópico.

Se trata de una mujer de 61 años que en diciembre de 2019 realizó un viaje a la India. Estaba vacunada frente al cólera, fiebre tifoidea y hepatitis A. Allí, presentó un episodio de diarrea después de la ingesta de alimentos de un puesto callejero, por lo que es hospitalizada y tratada con una dosis de ceftriaxona, tras la cual presenta exantema cutáneo, y ciprofloxacino oral durante 5 días con resolución del cuadro. Posteriormente, continúa con episodios de diarrea intermitente que se tratan ambulatoriamente con ciprofloxacino, cefditoreno y azitromicina. Finalmente, ingresa en nuestro centro en febrero de 2020 por fiebre, diarrea intermitente y coxalgia. A la exploración, destacan únicamente lesiones pápulo-eritematosas y pruriginosas en región del escote. En la analítica destaca una hemoglobina de 11,5 g/dL y una GPT de 105 UI/ml además de una PCR de 51 UI/ml. El resto de parámetros analíticos resultaron normales. En un hemocultivo realizado a su ingreso, se observan a las 48 horas, colonias de bacilos gramnegativos flagelados, anaerobios facultativos de crecimiento intracelular, identificándose *Salmonella enterica* subsp. *enterica* serovar Paratyphi A, resistente a ciprofloxacino. El cultivo de heces fue negativo. Se realizó también una ecografía abdominal, una tomografía computarizada de abdomen y un ecocardiograma que fueron normales. Se trató con amoxicilina durante 2

semanas con resolución de todos los síntomas. A los cuatro meses del ingreso la paciente se encuentra asintomática y los hemocultivos de control son negativos.

La fiebre entérica es endémica en el sureste asiático y África, aunque está presente en Oriente Medio, Sudamérica y Europa del este. En España, la incidencia es baja (0,12 casos por cada 100.000 habitantes), notificándose 326 casos entre 2012-2018 [1,2]. Según el Informe Anual de 2016 de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles, se reportaron un total de 59 casos (56 confirmados), con una relación hombre/mujer de 1,1 siendo el grupo de entre 20-24 años el mayor afectado. Las tasas de incidencia más elevadas correspondieron a Melilla, Ceuta, La Rioja, Cataluña y Aragón. Los casos importados confirmados (14) provenían de India, Marruecos, Senegal, Austria, Colombia, Ghana, Guatemala y México [2].

El reservorio de esta enfermedad es humano y su principal vía de transmisión feco-oral, a través de agua o alimentos contaminados, y menos frecuentemente por contacto con enfermos [3]. Tras el contagio, la bacteria penetra en la mucosa intestinal, llega a los ganglios linfáticos mesentéricos y provoca una bacteriemia transitoria. Posteriormente, se establece en el sistema reticuloendotelial, prolifera y produce una segunda bacteriemia, apareciendo la clínica: fiebre, dolor abdominal, exantema y diarrea [4]. Pueden surgir complicaciones, como las gastrointestinales (perforación, hemorragia y peritonitis), neurológicas (meningoencefalitis) y cardiovasculares (endocarditis y aneurismas micóticos) [3]. El tratamiento se basa en el uso de ciprofloxacino, cefalosporinas de 3ª generación y azitromicina, en función de si la cepa es resistente o no a quinolonas. En los últimos 15 años, se han reportado en la India tasas de resistencia a ciprofloxacino que pueden alcanzar hasta el 100%, mientras que las cefalosporinas mantienen tasas de resistencia entre el 4-6%. En el caso de la azitromicina, hay estudios que comunican tasas de resistencia de hasta el 34-38% [5]. Asimismo, desde 2016, se han aislado cepas procedentes de Pakistán resistentes a cefalosporinas de 3ª generación, en

Correspondencia:

Cristina Gómez Ayerbe.

UGC Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

Tfno.: +34 951032594.

E-mail: cgayerbe@gmail.com

cuyo caso se recomienda el tratamiento con carbapenémico en formas graves y con azitromicina en formas no complicadas hasta disponer del antibiograma [6]. Si aparecen complicaciones, está indicada la cirugía como tratamiento coadyuvante. El portador crónico se define por la excreción de bacterias en orina o heces durante más de un año y se asocia comúnmente a anomalías de la vía biliar. Para la erradicación están indicadas las quinolonas, amoxicilina o trimetoprima-sulfametoxazol asociado a rifampicina [3].

En resumen, la peculiaridad del caso radica en su evolución tórpida e intermitente, con la presencia de bacteriemia dos meses después del inicio del cuadro. Esto podría explicarse por el hecho de haber recibido tratamientos poco efectivos que pudieron favorecer la persistencia de infección en alguna localización, o el papel que pudiera jugar la vacunación previa en modificar el curso natural de la enfermedad. Nuestra paciente había recibido la vacuna de polisacárido capsular Vi, que presenta una eficacia del 69% en el primer año, disminuyendo hasta el 55% en el tercero. Existen otro tipo de vacunas, pero ninguna ha demostrado eficacia en la prevención de la fiebre paratifoidea, aunque algunos datos indican que la vacuna oral otorga cierta protección frente a la producida por *Paratyphi B* [7,8].

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. ECDC.: Surveillance Atlas for infectious diseases. Typhoid Fever, 2019 [citado en noviembre de 2020]. Disponible en: <http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>
2. Centro Nacional de Epidemiología. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2016. Madrid, 2018. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&tid=25/01/2019-d8ee271b6f>
3. Pegues DA, Miller SI. Salmonelosis. En: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, Jameson J, & Fauci A.S., & Kasper D.L., & Hauser S.L., & Longo D.L., & Loscalzo J(Eds.),Eds. J. Larry Jameson, et al.editores. Harrison: Principios de Medicina Interna [Internet]. 20ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018 [citado 11 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2293/content.aspx?bookid=2461&tsectionid=209898750>
4. Leiva J, Fernández-Alonso M, Rubio M, Ruiz-Bravo A. Infecciones por *Salmonella* y *Yersinia*. *Medicine*. 2018; 12 (50): 2941-2951. doi: 10.1016/j.med.2018.02.011.
5. Veeraraghavan B, Pragasaam AK, Bakthavatchalam YD, Ralph R. Typhoid fever: issues in laboratory detection, treatment options & concerns in management in developing countries. *Future Sci OA*. 2018; 4 (6): FS0312. doi: 10.4155/fsoa-2018-0003.
6. Chatham-Stephens K, Medalla F, Hughes M, Appiah GD, Aubert RD, Caidi H et al. Emergence of Extensively Drug Resistant *Salmonella* Typhi Infections Among Travelers to or from Pakistan- United States, 2016-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019; 68(1):11-13. doi: 10.15585/mmwr.mm6801a3.
7. Milligan R, Paul M, Richardson M, Neuberger A. Vaccines for preventing typhoid fever. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 5(5):CD001261. doi:10.1002/14651858.CD001261.pub4
8. American Academy of Pediatrics. *Salmonella* infections. En: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, editors. *Red Book: 2015 Report of the weekly 2015; Committee on Infectious Diseases*. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015. p.695-702.